

ชื่อคณะ/สาขา	สอบสัมภาษณ์	กำหนดการรายงานตัวก่อนสัมภาษณ์	ตรวจร่างกาย	กำหนดการเพิ่มเติม	โทร.
วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข วิทยาศาสตร์บัณฑิต (อนามัยสิ่งแวดล้อม)	วันที่ 10 กรกฎาคม 2561 เวลา 09.00 -12.00 น. สถานที่ ห้อง CMP 101 ชั้น 1 อาคารวิทยาลัย แพทยศาสตร์และการสาธารณสุข	วันที่ 10 กรกฎาคม 2561 เวลา 08.30-09.00 น. สถานที่ ห้อง CMP 101 ชั้น 1 อาคารวิทยาลัย แพทยศาสตร์และการสาธารณสุข	วันที่ 10 กรกฎาคม 2561 เวลา 08.30 – 09.00 น. สถานที่ ห้อง CMP 101 ชั้น 1 อาคารวิทยาลัย แพทยศาสตร์และการสาธารณสุข ให้ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบ สัมภาษณ์ไปตรวจร่างกายและตรวจตาบอดสีที่ โรงพยาบาลของรัฐ(เท่านั้น) และนำผลตรวจร่างกายและ ตรวจตาบอดสีมาในวันสัมภาษณ์ (โปรดให้แพทย์ระบุผล ตรวจตาบอดสีในใบรับรองแพทย์ด้วย)	ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ เตรียมเอกสาร หลักฐานที่ต้องนำมาแสดงในวันสอบสัมภาษณ์ ดังนี้ 1. สำเนาบัตรประชาชน 1 ฉบับ 2. สำเนาใบ (ปพ. 1) 6 ภาคเรียน 1 ฉบับ 3. ใบรับรองแพทย์ 1 ฉบับ	045-353927
วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)	วันที่ 10 กรกฎาคม 2561 เวลา 09.00 -12.00 น. สถานที่ ห้อง CMP 101 ชั้น 1 อาคารวิทยาลัย แพทยศาสตร์และการสาธารณสุข	วันที่ 10 กรกฎาคม 2561 เวลา 08.30-09.00 น. สถานที่ ห้อง CMP 101 ชั้น 1 อาคารวิทยาลัย แพทยศาสตร์และการสาธารณสุข	วันที่ 10 กรกฎาคม 2561 เวลา 08.30 – 09.00 น. สถานที่ ห้อง CMP 101 ชั้น 1 อาคารวิทยาลัย แพทยศาสตร์และการสาธารณสุข ให้ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบ สัมภาษณ์ไปตรวจร่างกายและตรวจตาบอดสีที่ โรงพยาบาลของรัฐ(เท่านั้น) และนำผลตรวจร่างกายและ ตรวจตาบอดสีมาในวันสัมภาษณ์ (โปรดให้แพทย์ระบุผล ตรวจตาบอดสีในใบรับรองแพทย์ด้วย)	ผู้มีสิทธิ์เข้าสอบสัมภาษณ์ เตรียมเอกสาร หลักฐานที่ต้องนำมาแสดงในวันสอบสัมภาษณ์ ดังนี้ 1. สำเนาบัตรประชาชน 1 ฉบับ 2. สำเนาใบ (ปพ. 1) 6 ภาคเรียน 1 ฉบับ 3. ใบรับรองแพทย์ 1 ฉบับ	045-353927



ใบรับรองแพทย์

(เฉพาะคณะเภสัชศาสตร์ และวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข)

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....
ตำแหน่ง แพทย์ประจำ โรงพยาบาล.....
เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ แพทย์แผนปัจจุบันชั้น 1 สาขาเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่.....
ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....
อายุ.....ปี ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้) เลขที่..... หมู่..... ซอย.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
บัตรประจำตัวเลขที่ (ระบุประเภทบัตร).....
เพื่อใช้ประกอบหลักฐาน.....
ข้าพเจ้ามีความคิดเห็นว่า นาย/นาง/นางสาว.....
ไม่เป็นผู้ที่ร่างกายทุพพลภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ
และปราศจากโรคเหล่านี้

1. โรคเรื้อนในระยะติดต่อ หรือเป็นระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่น่ารังเกียจแก่สังคม
2. วัณโรคในระยะอันตราย
3. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการที่น่ารังเกียจแก่สังคม
4. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
5. โรคพิษสุราเรื้อรัง

และผู้รับการตรวจมีผลการทดสอบตาบอดสี ดังนี้

.....
.....

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

1. ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
2. ให้แสดงว่าเป็นผู้ที่ร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากการเป็นนักศึกษา
3. ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้เพียง 1 เดือนเท่านั้น นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
4. ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้จะใช้ได้เมื่อมีตราประทับของโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น